

定期健康診断申込書

申込日：R6年 月 日

太枠内をご記入の上、お申込みください。

- ・受診予定日は、必ずご記入ください。(※人数の偏りを避ける為、日程調整をお願いする場合がございます)
- ・用紙が足りない場合は、コピーしてご記入ください。
- ・ご記入頂いた情報は、商工会議所からの各種連絡、情報提供のために利用することがあります。

事業所名		担当者名	
所在地			
T E L F A X	() - () -	支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口 (現金) <input type="checkbox"/> 銀行振込 (日予定)

※ フ リ ガ ナ 氏 名	性 別	生年月日	受診予定日 ※記入して下さい
-----	男・女	S H . .	
-----	男・女	S H . .	
-----	男・女	S H . .	
-----	男・女	S H . .	
-----	男・女	S H . .	
-----	男・女	S H . .	
-----	男・女	S H . .	
-----	男・女	S H . .	

受診料 9,240円 × _____ 名 合計 _____ 円

【現金の場合】

申込書に受診料を添えて窓口へお持ちください (受付完了) ➡ 期間中に受診してください

【振込の場合】

申込書を F A X でお送りください ➡ 期日までに受診料をお振込みください (入金確認ができ次第受付完了)
➡ 期間中に受診してください

福岡銀行 飯塚支店 普通 No. 1 0 0 4 4 飯塚商工会議所
 飯塚信用金庫 本店営業部 普通 No. 1 1 5 7 9 8 5 飯塚商工会議所
※振込手数料はご負担下さい